

**LETTRE OUVERTE du 7 février 2009**

**à ceux qui pensent que le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) est un progrès  
1ère partie**

**Le projet de loi HPST, dit loi Bachelot, propose une refonte structurelle de l'hospitalisation publique, en mettant en exergue l'accès aux soins, la prévention et l'information des malades, qui sont autant de nécessités que nous partageons. Pourtant, ce projet de loi propose en même temps des orientations qui nous semblent interroger ces premières « bonnes » intentions.**

L'accès aux soins est de plus en plus difficile pour les catégories les plus démunies de la population. Peut-on accepter les franchises, la généralisation des dépassements d'honoraires, la réduction de l'accès à la notion d'urgence ? La mise sur le même plan du privé à but lucratif ou pas et du public n'introduit-il pas une forme de sélection des malades ? Les annonces d'encadrement des Affections Longue Durée (ALD) qui concernent les maladies chroniques, les mesures de limitation de l'Aide médicale d'Etat (AME) qui concerne l'immigration, sont autant de facteurs de discrimination. La pénurie de personnels qualifiés aux urgences et dans les services de soins hospitaliers, le recentrement sur l'efficacité purement symptomatique ne rendent-elles pas problématique l'accès à des soins de qualité pour le sujet malade ?

La nouvelle hiérarchisation proposée déplace le pouvoir de décision sur une Agence régionale de santé (ARS) et les directeurs d'hôpitaux, ce qui marginalise la dimension soignante portée par les médecins et les différentes catégories de personnels, ce qui limite la place des élus porteurs des besoins de santé de la population, ce qui limite l'intervention des associations de patients et des familles. Les besoins de santé sont-ils réductibles à la seule organisation de territoires sanitaires coupés des collectivités locales ? N'y a-t-il pas là une grave altération des pratiques démocratiques ?

Les restructurations en cours de l'hospitalisation publique, au nom de la rationalisation des dispositifs, peuvent être l'occasion d'améliorer de multiples dysfonctionnements, mais sont-elles d'abord financières où l'enjeu d'un travail en profondeur entre soignants, administrateurs et représentants des populations et des usagers ? Aujourd'hui, c'est la dimension comptable qui demeure décisive, avec ses organisations aux coûts constants, avec l'introduction d'une tarification à l'activité (T2A) qui fixe des moyens à flux tendus, la réduction des effectifs soignants à la stricte nécessité technique et compartimentée de l'activité, et le déni du temps, à prendre comme facteur essentiel de la continuité des soins. L'hôpital géré comme une entreprise et la privatisation de pans entiers du service public apportent-elles, en transformant le soin en production marchande et administration comptable, des solutions soignantes véritables ?

N'y a-t-il pas danger d'une normalisation des pratiques à des référentiels, voire à de « bonnes pratiques », extrêmement réducteurs là où le temps, la recherche et l'inventivité soignante ont besoin d'espace pour être personnalisés ? La grisaille qui en résulte a des effets déjà manifestes sur l'engagement soignant, la souffrance au travail étant de plus en plus fréquente.

C'est donc la nature même de la loi que nous interrogeons, comme barrage aux processus de négociation, que porte toute véritable éthique soignante. La réduction de la politique de santé à son coût devient un facteur d'empêchement de penser réellement l'engagement des coûts à des fins soignantes. Elle ne répond en rien aux déserts sanitaires qui caractérisent de nombreuses régions et l'accès à la médecine générale comme un droit pour tous et partout.

*Voir page suivante*

Ces questions concernent particulièrement la psychiatrie publique, dont l'organisation en secteurs territoriaux, malgré les limites liées aux poids de l'hospitalisation, les difficultés d'engagement des professionnels vers une pratique dans la communauté et l'absence d'engagement global des élus, n'enlèvent pas les effets positifs du soin, au plus près des lieux de vie des patients. Elle a réduit de façon notable le recours aux hospitalisations et aux internements. Ce projet de loi abandonne cette politique généraliste et laisse la psychiatrie dans une fonction purement réparatrice de symptômes marqués par l'imprévisibilité de la subjectivité et dans une image inquiétante de garante d'un ordre public, qui relève d'abord du champ pénal. L'instrumentalisation des soins à des fins sécuritaires n'est-elle pas un danger pour l'éthique soignante ?

Cette lettre vient donc interroger un vrai débat sur la santé, sur l'ensemble du territoire, dans le cadre de son appartenance à l'Europe. Sa tenue ne nous paraît pas l'enjeu de ce projet de loi, dont le retrait est à discuter. Nous souhaitons le porter dès maintenant avec vous.

**Marie NAPOLI, Présidente**  
**Union syndicale de la psychiatrie**

**Patrick DUBREIL, Président**  
**Syndicat de la médecine générale**